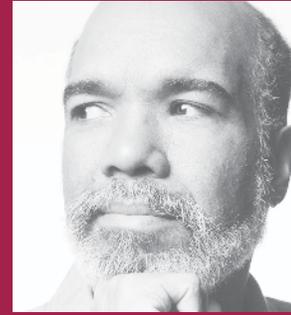


MassHealth

Buy-In para personas que reúnen los requisitos de Medicare



¿En qué consiste MassHealth Buy-In?

MassHealth Buy-In es un programa autorizado por el Congreso, dirigido a aquellas personas que reúnen los requisitos para recibir Medicare. MassHealth Buy-In mediante el cual MassHealth paga la totalidad de la prima de Medicare Parte B a nombre de residentes de Massachusetts que no reciben otros beneficios de MassHealth. También les puede ayudar a recibir Medicare Parte B, a aquellas personas que sólo reciben Medicare Parte A.

¿A cuánto pueden ascender mis ingresos y bienes?

Para valerse de MassHealth Buy-In, sus ingresos y bienes (inclusive cuentas bancarias, acciones, bonos y un segundo auto) tiene que estar por debajo de ciertos límites. En este cuadro se aprecia cuánto se puede tener y qué recibirá si sus ingresos y bienes se ajustan a estos límites.

*Estas cifras cambiarán el 1º de abril de 2007.

Si reúno los requisitos para valerme de MassHealth Buy-In, ¿cómo me pagan?

Si MassHealth Buy-In determina que usted reúne los requisitos para el pago de la prima de su Medicare Parte B, nosotros le avisaremos a Medicare.

Si a su cheque del Seguro Social le restan la cantidad de la prima de Medicare Parte B, el cheque se ajustará de tal manera que se deje de deducir su prima de Medicare. Esto significa que la cantidad de su cheque del Seguro Social aumentará basada en la cantidad que se deducía para pagar la prima del Medicare Parte B.

Si usted reúne los requisitos para recibir Medicare Parte B pero todavía no está recibiendo este beneficio, o si está pagando su prima de Medicare Parte B de alguna otra manera (p. ej., mediante el pago de una factura trimestral de Medicare), MassHealth Buy-In empezará a pagar esta cuenta a nombre suyo.

El ajuste de su cheque del Seguro Social o el pago de la factura tardará varios meses. Sin embargo, usted recibirá un reembolso de la cantidad que pagó en primas de Medicare Parte B a partir del mes en que se determinó que podía valerse de MassHealth Buy-In. Este reembolso lo recibirá de la misma manera en que ahora recibe su dinero del Seguro Social: ya sea mediante un cheque o mediante depósito directo en su cuenta bancaria.

¿Cuándo comienza su cobertura?

Si reúne los requisitos para MassHealth Buy-In, su cobertura comienza en el mes en que recibamos su solicitud. En algunos casos, puede comenzar hasta tres meses antes del mes de su solicitud.

Recibirá notificación escrita que explica su cobertura y la fecha de inicio. Si no reúne los requisitos, en la notificación se explicarán los motivos de su denegación. Si opina que la decisión está equivocada, tiene el derecho de apelarla. El proceso para apelar se detalla al dorso de la notificación escrita.

SI sus ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones son menores de...	Y sus bienes son de este valor o son menos de...	ENTONCES MassHealth Buy-In pagará...
Para individuos		
\$1,123 *	\$4,000	la totalidad de la prima de Medicare Parte B.
Para parejas casadas que viven juntos		
\$1,505 * (entre ambos)	\$6,000	la totalidad de las primas de Medicare Parte B suya y de su cónyuge.

¿Que otra información debo saber?

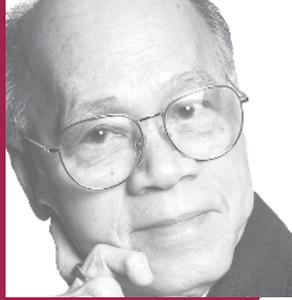
El uso de su número de Seguro Social (SSN)

MassHealth usa su número de Seguro Social para verificar los datos en nuestros expedientes. Los datos se pueden cotejar con datos en dependencias estatales y federales como el Servicio de Impuestos Internos, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Hacienda, los bancos y otras instituciones financieras.

Trato confidencial y justo

Usted tiene derecho a un trato confidencial y justo.

- MassHealth no puede discriminar por motivo de raza, color, género, edad, discapacidad, país de origen, orientación sexual, religión o credo.
- MassHealth se compromete a mantener en confidencialidad la información personal que usted nos dé durante el trámite de su solicitud y cuando reciba los beneficios de MassHealth. La información que nos proporcione se utilizará únicamente para la administración de MassHealth. Esto significa que posiblemente tengamos la necesidad de facilitar esta información a nuestros contratistas y a otras entidades, quienes a su vez mantendrán en confidencialidad toda información que les demos. Toda la información personal en poder de MassHealth con respecto a algún solicitante o afiliado, lo que incluye datos médicos y de salud, se considera confidencial y no se deberá divulgar con propósitos distintos a la administración de MassHealth, a menos que usted lo permita o que una orden judicial lo disponga. Usted nos puede dar su autorización de dos maneras diferentes: 1) llenando un formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos; o 2) dando una autorización escrita para compartir información sobre su salud personal.



La información en este folleto refleja los reglamentos y las normas de ingresos y bienes vigentes al 1º de abril de 2006.

El Representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

Este representante es una persona escogida por usted para que lo asista en algunas o en todas las responsabilidades de solicitar u obtener MassHealth. Este representante debe conocerlo a usted lo suficiente como para responsabilizarse de la exactitud de lo que se manifieste en la determinación del cumplimiento de los requisitos. El representante puede completar la solicitud o actualización y demás formularios exigidos para cumplir con los requisitos de MassHealth, y puede entregarle a MassHealth pruebas de la información suministrada en las solicitudes, en las actualizaciones y en los demás formularios de MassHealth, puede informar acerca de cambios en sus ingresos, en su domicilio y otras circunstancias, y recibir copias de todas las notificaciones sobre requisitos de MassHealth que le envíen.

El representante puede ser un amigo, un miembro de la familia, un pariente u otra persona que se preocupe por su bienestar y que acepte ayudarlo. MassHealth no le designará tal representante; se trata de una persona que usted escoge. Para designar a alguien, usted y esta persona deben llenar el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos que se incluye en el paquete de la solicitud. Si no tiene este formulario, puede llamarnos para obtenerlo.

El Representante para la determinación del cumplimiento de requisitos también puede ser una persona designada de conformidad con la ley para actuar en nombre suyo o en representación de su patrimonio. Esta persona tiene que llenar las partes que le corresponden del formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos. Luego usted o esta persona debe presentar a MassHealth copia del documento legal en el que conste que tal persona es representante legítimo suyo o de su patrimonio. Esta persona puede ser tutor o apoderado legal, portador de un poder firmado, o representante para efectos de atención médica o, si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o el albacea de su sucesión.

Autorización para compartir información

Para que nosotros podamos compartir información sobre su salud personal, inclusive el envío de copias de notificaciones relacionadas con el cumplimiento de los requisitos, con alguien que no sea su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, necesitamos su permiso por escrito. Puede llamarnos y pedirnos el formulario MassHealth Autorización para compartir información.

Cómo reportar cambios

Una vez que se determine que reúne los requisitos, cuenta con 10 días calendario para avisarnos si hay cambios en los datos que detalló en su solicitud (p. ej., cambios en los ingresos o en la dirección). Si no nos avisa acerca de estos cambios o si da información falsa, podría perder sus beneficios.

Avísenos sobre cambios relacionados con MassHealth Buy-In llamando al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).

Otros beneficios de MassHealth

MassHealth ofrece otros beneficios de atención médica mediante los cuales se pagan directamente servicios médicos o se pagan los pagos compartidos y deducibles de Medicare. Puede que reciba estos beneficios si sus ingresos y bienes son menos de cierta cifra o si usted es discapacitado y aún no ha cumplido los 65 años de edad. Para enterarse de estos beneficios, llame al Centro de inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total). También debe llamar a este número si tiene preguntas sobre MassHealth Buy-In.

Otros beneficios

Las personas que reciben Medicare pueden obtener ayuda para pagar los costos de los medicamentos con receta por medio de Medicare. Para obtener más información llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048 para personas con sordera parcial o total), o visite nuestro sitio web www.medicare.gov.

La Oficina Ejecutiva para Asuntos de Ancianos (Executive Office of Elder Affairs) también ofrece ayuda con el pago de medicamentos recetados mediante el programa Prescription Advantage. Para enterarse de estos beneficios, llame a Elder Affairs gratis marcando el 1-800-243-4636 (TTY: 1-877-610-0241 para personas con sordera parcial o total).

Cómo solicitar MassHealth Buy-In

1. Para solicitar MassHealth Buy-In, complete la solicitud adjunta. Incluya información sobre su cónyuge si viven juntos.
2. Firme y feche la solicitud completada y envíela a:
MassHealth Enrollment Center
367 East Street
Tewksbury, MA 01876-1957
1-800-408-1253
(TTY: 1-800-231-5698 para personas con sordera parcial o total)
3. Cuando recibamos la solicitud, se verifica que esté completa. Si necesitamos más datos, le escribiremos o le llamaremos. Por ejemplo, quizás le pidamos documentos que prueben sus ingresos. Una vez que tengamos toda la información, determinaremos si usted y su cónyuge reúnen los requisitos.
4. Con su solicitud se incluye información sobre cómo inscribirse para votar. (No tiene que inscribirse para votar para recibir MassHealth Buy-In.)
5. Si desea que alguien actúe a nombre suyo como su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, déjenoslo saber usando el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos.

Solicitud de MassHealth Buy-In para personas que reúnen los requisitos de Medicare

La presente es una solicitud para el pago de la prima de Medicare Parte B. También puede ayudarle a conseguir Medicare Parte B si ahora recibe sólo Medicare Parte A. Si desea solicitar otros beneficios de MassHealth o para pedir una solicitud diferente, llame al Centro de inscripción de MassHealth marcando el 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total). *Escriba en letra legible y complete todas las secciones.*

Información general

¿Quién es el solicitante? usted usted y su cónyuge
Si usted vive con su cónyuge, también tiene que darnos información sobre él o ella, incluso si su cónyuge no está solicitando beneficios.

Usted				
Apellido		Nombre		Inicial
Dirección residencial <input type="checkbox"/> es propia <input type="checkbox"/> es alquilada			Ciudad	Estado
Dirección de correo (si es diferente de la de arriba)			Ciudad	Estado
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma que prefiere escribir	Número de teléfono ()	
Número de Seguro Social	For office use only		Número de su caso en Medicare	For office use only
Su cónyuge				
Apellido		Nombre		Inicial
Fecha de nacimiento / /		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma que prefiere escribir	
Número de Seguro Social	For office use only		Número de su caso en Medicare	For office use only

Ingresos

Complete esta sección para usted y para su cónyuge. Indique ingresos mensuales brutos (antes de impuestos y otras deducciones, p. ej., la prima de Medicare Parte B). Es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle más información.

Fuente de los ingresos	Sus ingresos mensuales brutos antes de impuestos y deducciones	Ingresos mensuales brutos de su cónyuge antes de impuestos y deducciones
Seguro Social	\$ <input type="text"/> For office use only	\$ <input type="text"/> For office use only
Pensiones	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Beneficio de veterano	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Anualidades o fideicomisos	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Dividendos e intereses	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Ingresos de empleo (antes de las deducciones)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Ingresos de arriendos (después de los gastos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Otra: _____ (por favor especifique)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

Bienes

Complete esta sección para usted y su cónyuge. Indique el valor de todos los bienes suyos y de su cónyuge. **No incluya su residencia ni auto primarios.**

Fuente	Suyos	De su cónyuge	De ambos (de usted y de su cónyuge)
Cuentas de ahorros	\$	\$	\$
Cuentas bancarias	\$	\$	\$
Segundo auto	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Acciones bursátiles	\$	\$	\$
Bonos	\$	\$	\$
Fondos mutuos	\$	\$	\$
Otros: _____ (por favor especifique)	\$	\$	\$
Total de bienes:	\$	For office use only	\$
		For office use only	\$
		For office use only	\$

Firma

Por favor lea lo siguiente detenidamente. Luego firme y feche esta hoja. Si usted y su cónyuge viven juntos, ambos tienen que firmar.

Autorizo a MassHealth obtener cualquier expediente o dato para probar cualquier información otorgada en la presente solicitud. Entiendo que tengo que decirle a MassHealth cualquier cambio en la información indicada en esta solicitud. Certifico además, bajo pena de perjurio, que, a mi leal entender, la información en esta solicitud es correcta y está completa.

Si al llenar esta solicitud usted actúa a nombre de otra persona, también deberá llenar y devolver, junto con la presente solicitud, el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos que se adjunta. Su firma en la presente solicitud, en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, certifica que, a su leal entender, la información en esta solicitud es correcta y está completa.

Si usted opina que la decisión de MassHealth acerca de si usted reúne o no los requisitos está errada, tiene el derecho de apelar. Si se le han denegado los beneficios, recibirá información sobre cómo apelar.

X _____ Fecha
Firma del solicitante o del representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

X _____ Fecha
Firma del cónyuge del solicitante o del representante del cónyuge para la determinación del cumplimiento de requisitos

En cuanto haya completado y firmado el formulario, envíelo a:

MassHealth Enrollment Center
367 East Street
Tewksbury, MA 01876-1957
Tel.: 1-800-408-1253
(TTY: 1-800-231-5698 para personas con sordera parcial o total)